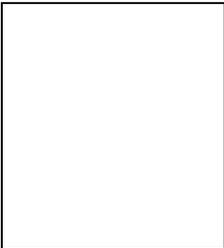


## FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con No. de cédula \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a Comfandi a: **i)** Reportar, divulgar y procesar, ante las centrales de información financiera y de entidades financieras y/o cualquier otra entidad, en Colombia o en el exterior, que administre bases de datos con fines análogos a los de ésta última toda la información relacionada con las obligaciones que he contraído con Comfandi y específicamente el incumplimiento y/o mora de las obligaciones contraídas. **ii)** Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior. **iii)** Consultar y verificar con terceros toda la información que he suministrado a Comfandi, lo cual incluye, sin limitarse a: referencias comerciales, personales y laborales, información financiera y derechos reales. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgo podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

### REGISTRO DE HUELLA DACTILAR

	_____
(Índice derecho)	Firma y documento
Ciudad y Fecha:	_____
<p><i>Quien suministre información que no corresponda a la realidad incurre en el delito de falsedad en documento privado. Art. 289 y 290 del Código Penal.</i></p>	